

ESSAI

N^o. 50.

SUR

LA PNEUMONIE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 10 avril 1829, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR J.-B. LAGANE, de Cahors,
Département du Lot.

..... Il faut non-seulement que le médecin fasse ce qui
convient, mais encore que le malade, ceux qui l'appro-
chent et tout ce qui l'environne concourent au même but.

HIPP.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

MESSIEURS.

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Examinateur.</i>
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA, <i>Président.</i>
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale... ..	{ MARJOLIN.
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER, <i>Suppléant.</i>
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX, <i>Examinateur.</i>
	{ CAYOL.
Clinique médicale.....	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RECAMIER.
	{ BOUGON.
Clinique chirurgicale.....	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DÉNEUX, <i>Examinateur.</i>

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX,
PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS.

MESSIEURS.

ABERS.	GIBERT, <i>Examinateur.</i>
BAUDELOCQUE.	KERGADEC.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRESCHET.	MAISONAEE.
CLOQUET (Hippolyte).	PARENT DU CHATELET.
CLOQUET (Jules), <i>Suppléant.</i>	PAVET DE COURTEILLE.
DANCE.	RATHEAU.
DEVERGIE.	RICHARD.
DUBOIS.	ROCHOUX.
GAULTIER DE CLAUDEY.	RULLIER.
GÉRARDIN, <i>Examinateur.</i>	VELPEAU.
GERDY.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

*Comme un gage d'amitié et d'une reconnaissance qui ne finiront
qu'avec ma vie.*

J.-B. LAGANE.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE.

ON entend par *pneumonie* l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette maladie, plus généralement connue des médecins sous le nom de *péripneumonie*, et du vulgaire sous celui de *fluxion de poitrine*, n'existe presque jamais seule ; les plèvres se trouvent plus ou moins attaquées d'inflammation : mais cette affection secondaire ne devient vraiment une complication que lorsqu'elle est étendue à une grande surface de la membrane séreuse, et qu'elle offre des phénomènes bien distincts. Dans les cas les plus ordinaires, cette légère pleurésie est analogue, sous ce rapport, à la pneumonie peu étendue qui existe presque toujours quand la plèvre pulmonaire se trouve enflammée. On peut en dire autant de la muqueuse bronchique, dont l'affection est peut-être encore plus constante.

Comme les autres maladies, la pneumonie peut se présenter sous l'état aigu et sous l'état chronique ; mais, dans la grande majorité des cas, elle se montre sous le premier de ces deux états : elle est très-rare, et par conséquent peu observée dans le second.

La pneumonie aiguë ne se montre pas également dans toutes les saisons de l'année ; elle règne particulièrement pendant la fin de l'hiver.

ver, le printemps et le commencement de l'été. Elle est plus commune dans les pays froids et élevés que dans ceux qui sont chauds et bas ; elle l'est aussi beaucoup là où existent des variations brusques de température. Outre ces conditions diverses , il est sans doute d'autres circonstances générales qui , venant à exercer leur action , font de la pneumonie la maladie régnante de l'époque, et c'est certainement sous l'influence d'une ou de plusieurs de ces circonstances inconnues , inappréciées , mais qui existent , que se sont développées les épidémies de pneumonie dont on trouve tant d'exemples dans les auteurs et dans le Journal de médecine.

Les conditions individuelles qui peuvent produire cette maladie varient suivant l'âge , les professions , les tempéramens , la constitution et le sexe.

On a dit que l'âge adulte était plus souvent affecté de pneumonie que l'enfance et la vieillesse ; et des observations faites à la Charité par M. *Chomel* prouvent que cette assertion est vraie pour la vieillesse. Il faut remarquer toutefois que , dans cette période de la vie , la maladie est souvent latente , et qu'elle peut passer inaperçue. Quant aux enfans , je ne sache pas qu'on ait fait des tableaux comparatifs entr'eux et les adultes pour savoir dans quelle proportion ils meurent : mais , en suivant pendant quelque temps l'hôpital des Enfans malades , on peut se convaincre que la pneumonie en emporte un très-grand nombre.

Il est certaines professions qui exposent plus que d'autres à la maladie dont je parle : telles sont celles de charpentier , de maçon , en raison de l'intempérie des saisons qu'ils sont obligés de supporter ; celles de boulanger , de forgeron , par le passage d'un lieu chaud dans un lieu froid ; celles de chanteur , de musicien jouant d'instrumens à vent , d'acteur , d'avocat , par les efforts de voix qu'ils sont forcés de faire , etc.

Les tempéramens et la constitution ne paraissent pas avoir une action bien marquée sur la production de la pneumonie ; on croit cependant que les sujets doués d'un tempérament sanguin et d'une

constitution athlétique en sont plus fréquemment atteints que les autres.

Enfin il est reconnu que les hommes sont bien plus souvent atteints de pneumonie que les femmes , puisque , sur 97 cas observés à la Charité dans l'espace de cinq ans , il en est 73 pour les hommes , et 24 seulement pour les femmes.

Parmi les causes occasionnelles de la pneumonie , on peut ranger l'exposition au froid sec , humide , particulièrement lorsque le corps est en sueur ; un exercice violent et inaccoutumé , soit du corps en entier , ou seulement de l'organe respiratoire ; une course rapide dans un sens opposé au vent ; des contusions , des coups , des plaies pénétrantes de la poitrine ; la suppression des menstrues chez les femmes , des hémorrhoides ou de quelque hémorrhagie habituelle dans les deux sexes ; une métastase goutteuse , rhumatismale ou exanthématique ; la suppression d'une inflammation , comme la rougeole , la scarlatine ; des habitudes vicieuses , telles que l'usage d'un régime échauffant , de liqueurs spiritueuses ; une impression morale vive , etc. A cette série de causes il faut joindre les grandes opérations , après lesquelles on voit souvent survenir des affections de poitrine , particulièrement des pneumonies , sans doute à cause de la forte secousse imprimée à l'économie entière. D'autres maladies peuvent aussi devenir des causes déterminantes de la pneumonie ; c'est ainsi qu'on l'a vue se développer dans le cours d'une pleurésie , d'un catarrhe bronchique aigu , d'une phthisie. On est encore en doute si les engorgemens de la rate et les fièvres intermittentes ont quelque influence sur la pneumonie , bien qu'on l'ait vue coïncider plusieurs fois avec ces deux affections. Enfin elle se développe souvent au début ou au commencement d'une fièvre exanthématique.

La pneumonie n'affecte pas les deux poumons également : le droit y paraît beaucoup plus sujet que le gauche ; c'est du moins l'opinion la plus généralement reçue , et ce qui résulte d'observations recueillies par M. *Chomel* à l'hôpital de la Charité. On croit encore assez communément que le sommet du poumon n'est pas aussi souvent

attaqué que la base ; mais des observations du professeur que je viens de citer sembleraient devoir faire adopter une opinion contraire. Sur 59 malades morts de pneumonie , l'inflammation a occupé le sommet du poumon 13 fois , la base 11 fois , le poumon entier 31 fois , la partie moyenne 1 fois. L'auteur cependant élève des doutes sur les conclusions qu'on serait en droit de tirer de ce tableau comparatif : « On remarquera d'abord , dit-il , que ces faits ne sont pas assez nombreux pour juger la question ; et ensuite je dirai , par anticipation , que , si la pneumonie qui occupe le sommet est plus souvent mortelle que celle qui occupe la base , on ne peut pas juger de la fréquence relative de la pneumonie dans ces deux points seulement d'après les ouvertures des cadavres. » (Dict. de médecine , t. 17 , p. 209.) Il faudra donc attendre de nouvelles observations pour répondre à cette question.

La pneumonie ne débute pas toujours de la même manière. Tantôt les malades ne sont qu'enrhumés , n'ont point de fièvre , lorsqu'une cause quelconque venant à agir la maladie se déclare ; tantôt , soit dans le jour ou vers le soir , un frisson général ou partiel est le précurseur de l'inflammation pulmonaire ; d'autres fois c'est pendant le sommeil , sans frissons , et par une chaleur brûlante , accompagnée de gêne dans la respiration , de toux , de douleur dans la poitrine , qu'elle annonce sa présence ; enfin on l'a vue survenir après un appareil fébrile de quelques jours , ou dans les premiers temps d'une autre maladie.

Après que ces phénomènes ont apparu , la maladie se présente au premier degré avec les symptômes suivans : le malade ressent de la douleur dans la poitrine ; cette douleur est souvent répandue dans un côté entier du thorax , et n'est , à proprement parler , qu'une gêne ou une pesanteur incommode ; d'autres fois elle est fixe , limitée dans un seul point , qui se trouve placé dans la mamelle , et ressemble à un point pleurétique : dans ce dernier cas , elle est continue , s'augmente par la toux , l'inspiration et la pression ; dans le premier , elle est souvent passagère , et ne se fait ressentir que dans les efforts de la

respiration : celle-ci est toujours petite , accélérée à un tel point , que le nombre des mouvemens respiratoires peut s'élever à trente , quarante et même soixante par minute , tandis qu'ils ne sont que de dix-huit à vingt chez un adulte en santé. A la douleur et à la dyspnée se joint bientôt une toux sèche d'abord , mais bientôt suivie de l'expectoration facile ou difficile de crachats visqueux , gluans , le plus souvent transparents , mêlés de bulles d'air , colorés uniformément en rouge ou en jaunâtre , et quelquefois en vert ; de sorte qu'ils imitent assez bien la couleur de la rouille ou du sucre d'orge. Ces crachats varient souvent , dans un court espace de temps , pour la couleur et pour la consistance : d'abord spumeux , blanchâtres , comme dans le catarrhe bronchique , ils acquièrent bientôt la teinte rouillée et la viscosité qui est propre à la pneumonie ; on les rencontre quelquefois d'une homogénéité parfaite , différant seulement entr'eux par des couleurs diverses ; ou bien on les trouve parfaitement incolores.

Dans ce premier degré de la pneumonie , la percussion ne fournit aucun caractère remarquable ; le côté affecté donne un son aussi clair que le côté sain. Mais si l'on applique sur les parois thoraciques l'oreille nue ou armée du stéthoscope , des phénomènes nouveaux viennent éclairer le diagnostic d'une maladie qui est quelquefois obscur à cette époque , à cause de l'absence des crachats et des autres caractères que j'ai énoncés. Par l'auscultation médiate ou immédiate , l'on distingue un bruit particulier , qui semble formé par la succession rapide de petites bulles d'air , égales entre elles , sèches , qu'on a comparées au bruit que fait entendre le sel marin quand on le chauffe dans un récipient ; ou bien encore au cri que font entendre une vessie ou du parchemin que l'on froisse entre les doigts. Ce bruit a été appelé par LAENNEC *râle crépitant* ou *crépitation*. Cette crépitation est le seul phénomène que l'on entend le plus souvent ; quelquefois cependant on distingue en même temps , quoique d'une manière obscure , le bruit de la respiration. Là où le râle crépitant n'est pas perçu , la respiration se fait entendre dans l'état naturel ; quelquefois sa force

est augmentée, et cette augmentation lui a valu le nom de *respiration puérile*, parce qu'elle est semblable à celle des enfans.

L'ouverture des cadavres a montré que dans l'endroit où s'entend, pendant la vie, le râle crépitant, se trouve, après la mort, le siège de l'inflammation, et que les parties saines correspondent à celles où l'on entendait la respiration puérile. Il suit de là que l'étendue dans laquelle la crépitation existe montre l'étendue du tissu enflammé, et que, selon que le râle crépitant va croissant ou décroissant, on peut suivre la marche et l'étendue de la pneumonie, suivant qu'elle s'étend ou qu'elle se restreint dans des limites différentes.

A ces phénomènes locaux, qui seuls sont les caractères pathognomoniques de la pneumonie, se joignent les symptômes généraux des autres inflammations : ainsi la face est communément rouge, la soif est augmentée, l'appétit nul, la langue blanche et humide, la peau chaude et sèche, l'urine rouge. Le malade se couche sur le dos, la tête et la poitrine un peu élevées. Le sang tiré de la veine se recouvre en général d'une couenne d'un jaune sale, plus ou moins épaisse ; enfin, le plus souvent, le pouls est fort et plein ; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, un malaise général, et le malade est obligé de garder le lit.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent le premier degré de la pneumonie. Arrivée à ce point, la maladie peut prendre une terminaison heureuse, soit par les seuls efforts de la nature, soit par un traitement approprié, ou bien faire des progrès. Dans le premier cas, la douleur de poitrine diminue, la respiration s'agrandit, devient moins fréquente et plus facile ; la toux est moins forte ; les crachats, qui d'abord étaient tirés avec peine, sont expectorés avec plus de facilité ; ils deviennent de moins en moins rouges, moins visqueux et plus abondans ; le râle crépitant est plus obscur, plus lointain ; la respiration se fait entendre dans les points affectés, et reprend peu à peu son type primitif ; les symptômes généraux disparaissent, la peau s'humecte ; l'urine dépose quelquefois un sédiment rougeâtre, ou bien il se fait une des crises dont je parlerai plus tard. La maladie a suivi une marche inverse de celle qu'elle avait eue jusqu'alors, et la guérison

s'en suit. Si , au contraire , la pneumonie fait des progrès , malgré le traitement qu'on a pu lui opposer , elle passe au second degré , et ce passage est marqué par un râle à bulles plus grosses , plus rares et plus humides , et par la cessation du bruit respiratoire dans les points attaqués. Bientôt la poitrine , percutée , ne rend plus qu'un son mat ; les crachats cessent d'être sanguinolens , et deviennent seulement muqueux ; la dyspnée et la fièvre augmentent , la face s'altère davantage ; et si à cette époque on pratique l'auscultation , l'oreille ne perçoit plus aucune espèce de râle : au milieu du bruit respiratoire , on entend un bruit tout différent , désigné sous le nom de *respiration bronchique* , qui paraît formé par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée et les premières bronches , et être transmis à l'oreille de l'observateur par la partie du poumon hépatisé , devenu plus dense et imperméable à l'air. Si le malade parle , sa voix retentit avec force à l'oreille du médecin , pourvu toutefois que le siège de l'inflammation ne soit pas situé trop loin des grosses ramifications bronchiques ; car , dans ce cas , ce phénomène serait obscur , ou peut-être nul , si la pneumonie était centrale.

Parvenue à ce degré , la maladie est beaucoup plus grave ; elle se termine à peu près en proportion égale , par la guérison ou par la mort. Si la première de ces terminaisons a lieu , on observe des phénomènes qui se succèdent d'une manière inverse à ceux que la maladie a montrés dans sa marche ascendante : la crépitation , qui avait disparu , reparaît de nouveau : c'est le râle crépitant *de retour* de *Laennec*. Il varie cependant de celui qu'on observe dans la première période de la maladie ; ses bulles ne sont plus aussi sèches , aussi petites , ne paraissent plus aussi rapprochées ; elles sont humides , grosses et inégales , telles qu'on a pu les observer lorsque s'est faite la transition du premier au second degré. Bientôt après , le râle de retour s'évanouit peu à peu , le bruit respiratoire recommence à se faire entendre , et augmente d'intensité jusqu'à ce qu'il soit revenu dans son état naturel ; la poitrine , percutée , rend un son de plus en plus clair ; la dyspnée diminue , l'expectoration devient plus facile , les cra-

chats plus homogènes, la toux moins forte et moins fréquente ; le malade prend une physionomie plus riante, la peau s'humecte, tous les symptômes généraux dont j'ai parlé disparaissent, et la convalescence commence.

Lorsqu'au lieu de prendre cette terminaison heureuse, la maladie, arrivée au second degré, poursuit sa marche, la mort en est la terminaison presque constante. Tous les symptômes locaux et généraux s'aggravent, on voit s'augmenter la gêne et la fréquence de la respiration, dont le bruit devient nul dans une étendue beaucoup plus grande; le son est mat sur une surface plus considérable du thorax; l'expectoration est plus difficile, et le malade ne tire plus que quelques crachats petits, arrondis, grisâtres, striés quelquefois de lignes blanchâtres et opaques. Les traits s'altèrent de plus en plus, les yeux sont largement ouverts, le pouls petit et accéléré; le malade se couche dans son lit, la poitrine fortement élevée; bientôt il ne peut plus expectorer, les mucosités s'arrêtent dans les bronches, et produisent un gargouillement connu vulgairement sous le nom de *râle des agonissans*; enfin le malade s'affaiblit tout à fait, les traits achèvent de se décomposer, les extrémités se refroidissent, et la mort vient fermer la scène.

Tels sont les trois degrés de la pneumonie, connus, le premier, sous le nom d'*engouement*; le second, sous celui d'*hépatisation*; et le troisième, sous celui d'*infiltration purulente*. Chacun de ces degrés a une durée variable : tantôt l'engouement dure plusieurs jours, et peut, lorsqu'il est étendu, faire périr le malade, sans qu'il se forme aucun noyau d'hépatisation; tantôt, au contraire, le premier degré existe à peine, et le second et même le troisième envahissent le poumon dans trente-six ou vingt-quatre heures. Cependant, dans les cas les plus ordinaires, voici la limite que *Laennec* a marquée pour chacun d'eux : « L'engouement, dit-il, dure de douze heures à trois jours, avant de passer à l'état d'hépatisation complète; l'hépatisation dure d'un à trois jours avant que les points d'infiltration purulente y soient bien manifestes; enfin la période de suppuration,

« depuis le moment où l'infiltration purulente concrète est bien reconnaissable, jusqu'à celui où le ramollissement du pus est porté au degré de la liquidité visqueuse, varie de deux à six jours. » (Auscult., 2^e édit., t. 1^{er}, p. 416.)

Il est évident que le traitement suivi par le malade, lorsqu'il est convenablement dirigé, doit ralentir la marche de la maladie, faire varier la durée de chacun des degrés, et en somme, retarder la marche de la maladie; aussi sa durée ordinaire est de sept à dix-huit ou vingt jours. Rarement on ne la voit pas atteindre le premier de ces termes ou dépasser le second.

Les trois degrés que je viens de décrire ne sont pas toujours aussi nettement tranchés; toujours le poumon, qui doit plus tard arriver soit à l'hépatisation, soit à l'infiltration, ne passe pas en entier, et chaque point en même temps, par chacune de ces lésions. On remarque le plus souvent qu'au moment où le râle crépitant se fait entendre dans un point, là aussi la poitrine rend un son clair, tandis qu'à côté le son est mat et la crépitation n'existe plus; et si pendant la vie il n'est pas facile de distinguer deux points circonscrits, dont l'un serait à l'état d'hépatisation, et l'autre à celui d'infiltration, l'autopsie cadavérique a montré que la réunion de ces deux états était possible, et qu'ainsi, dans un poumon, on pouvait trouver réunis les trois degrés de la pneumonie. Il n'est pas facile d'assister au passage de l'un à l'autre de ces degrés; mais si l'on observe le malade avec attention, on pourra se convaincre que les signes propres au second degré se montrent toujours là où l'on a perçu la crépitation, que celle-ci envahit de nouveaux points où quelques heures auparavant la respiration était dans l'état naturel, et que le râle crépitant est toujours l'avant-coureur des phénomènes qui indiquent l'hépatisation.

Comme les autres phlegmasies aiguës, la pneumonie présente des périodes d'accroissement et de décroissement, et des paroxysmes journaliers; elle s'accroît ordinairement pendant trois ou quatre jours, quelquefois d'avantage, quel que soit le traitement employé; après ce

temps elle diminue ou reste stationnaire. Cette diminution ou ce point d'arrêt ne sont pas toujours de sûrs garans d'une guérison prochaine ; car il arrive souvent que , sans cause connue , la pneumonie reprend une nouvelle intensité et remet en danger les jours du malade. Quant à ses paroxysmes journaliers , ils ont ordinairement lieu le soir , et , outre les exaspérations fébriles qui se présentent dans les autres affections , ils offrent pour caractère une gêne plus grande de la respiration , une douleur plus forte dans le côté , une toux plus fréquente , et vers le déclin , une expectoration abondante de crachats plus rouges qu'ils ne le sont dans le reste de la journée.

A quelque degré que soit parvenue la pneumonie , elle peut se terminer par résolution ou par la mort ; et j'ai dit que la résolution est la terminaison la plus ordinaire du premier degré , qu'il y a des chances égales pour la guérison ou pour la mort dans le second , et que celle-ci est la terminaison la plus fréquente du troisième. La résolution , lorsqu'elle a lieu , peut être complète ou incomplète ; elle est complète lorsque le malade est revenu à une santé parfaite. J'ai décrit les signes qui indiquent ce retour ; j'ajouterai seulement que la guérison peut se faire par un de ces phénomènes que l'on appelle *crises*. Ainsi , tantôt ce sont des sucurs abondantes ou un sédiment dans les urines ; tantôt c'est une épistaxis , une hématurie , une diarrhée modérée , ou le retour des menstrues ; ici surviennent des boutons aux lèvres , des furoncles sur diverses parties du corps ; là se sont des rhumatismes , des dartres , une parotide ou un phlegmon. M. Serres cite , dans sa Dissertation inaugurale , une pneumonie périodique qui fut jugée à plusieurs reprises par un érysipèle aux deux jambes.

La résolution est incomplète , lorsqu'après la maladie la santé n'est pas parfaite. Quelquefois il subsiste de la dyspnée , de la toux ou des douleurs dans la poitrine ; d'autrefois un état œdémateux a succédé à la pneumonie , et alors l'auscultation fait reconnaître un râle sous-crépitant qui indique cette terminaison. Enfin , on a vu des personnes qui , récemment affectés de pneumonie , sont devenues

phthisiques, et l'on s'est demandé : la phthisie est-elle une terminaison de la pneumonie ? L'inflammation pulmonaire qui, sans faire périr le malade, ne parvient pas à une guérison complète, se terminera-t-elle nécessairement par la phthisie ? ou bien, en d'autres termes, comme l'a pensé M. *Broussais*, la phthisie n'est-elle qu'une pneumonie chronique, affectant, non plus comme l'aiguë, les faisceaux capillaires rouges du poumon, mais désorganisant les faisceaux lymphatiques ? Les opinions sont divisées pour la solution de cette question ; celle de M. *Broussais* a été exclusivement adoptée par quelques-uns, complètement rejetée par d'autres ; tandis que le plus grand nombre, considérant que la pneumonie aiguë coïncide rarement avec la phthisie, vue la fréquence relative de ces deux maladies ; que lors même que cette coïncidence a lieu, la phthisie a, dans la grande majorité des cas, donné antérieurement des signes de sa présence, mais que pourtant il y a eu des malades chez lesquels ces signes antérieurs n'ont pas eu lieu, et chez lesquels aussi la phthisie a paru après une pneumonie ; le plus grand nombre, dis-je, a pensé que, sans être de nature inflammatoire, les tubercules étaient hâtés dans leur développement par l'inflammation pulmonaire.

Lorsque la maladie se termine par la mort, le poumon est diversement désorganisé, suivant le degré de la pneumonie, et l'autopsie montre ses diverses lésions, que des signes ont pu faire prévoir pendant la vie. Pour chaque degré on trouve une lésion organique différente. Dans le premier, le poumon est à l'extérieur d'un rouge plus ou moins foncé, quelquefois livide, violacé ou noirâtre ; sa pesanteur spécifique est augmentée ; il est plus dur et moins crépitant que dans l'état sain ; quand on le presse entre les doigts, il en conserve l'impression, et lorsqu'on l'incise, on trouve les surfaces divisées d'une couleur égale à celle de l'extérieur, et il en ruisselle une sérosité sanguinolente, trouble, mêlée de quelques bulles d'air. Tels sont les caractères anatomiques du premier degré de la pneumonie. Je ne reviendrai pas sur les signes qui le font reconnaître pendant la vie ; je dirai seulement qu'il est rare que cet état du poumon entraîne la

mort, à moins que l'engouement n'occupe une grande étendue des deux viscères ou la totalité de l'un d'eux.

Dans le second degré, le poumon est dur, compacte, plus pesant que l'eau, dans laquelle il s'enfonce rapidement. Si on le coupe, on voit que son tissu est semblable à celui du foie; sa couleur est la même à l'intérieur qu'à l'extérieur; mais comme elle peut varier depuis le noir jusqu'au rouge le plus intense, il s'ensuit que le parenchyme pulmonaire présente le plus souvent une surface comme marbrée ou même semblable à du granit. Au milieu de ces diverses nuances, on distingue les rameaux bronchiques, les vaisseaux sanguins, les cloisons celluleuses des lobules, et la matière noire qui existe naturellement chez les adultes et les vieillards. En raclant avec le scalpel une surface incisée, il en suinte une matière sanieuse, plus épaisse que dans le premier degré; en considérant avec attention, on voit qu'elle est semée de petits points rouges, arrondis, qui deviennent bien plus apparens lorsqu'au lieu de le couper on déchire le tissu pulmonaire. Enfin, le poumon hépatisé est plus friable et plus volumineux que le sain, sans doute parce que la pression atmosphérique n'a produit aucun effet sur lui.

Si l'on n'a point de signes propres à faire connaître pendant la vie le passage du second au troisième degré, et si l'existence de celui-ci n'est guère marquée que par un peu plus d'intensité dans les symptômes, il n'en est pas de même pour les caractères anatomiques. Comme dans l'hépatisation, le poumon est lourd, compacte, non crépitant et grenu, mais sa couleur est devenue grisâtre ou jaunâtre. Lorsqu'on incise le poumon, il en découle une matière épaisse, d'un blanc jaunâtre, tout à fait semblable au véritable pus; et si l'on presse entre les doigts le tissu pulmonaire, il se résout en grande partie en matière purulente, et ne laisse qu'un réseau cellulaire parsemé de quelques points jaunes.

De même qu'il est rare pendant la vie d'observer successivement les trois degrés de la pneumonie sur le même individu, de même on n'observe pas plus souvent après la mort un poumon affecté seule-

ment d'engouement, d'héptisation ou d'infiltration. Il est plus ordinaire de rencontrer les trois degrés réunis, qui forment autant de zones faciles à distinguer à la section. Quelquefois ces zones ne sont pas aussi nettement tranchées, et l'on aperçoit, dans les points intermédiaires, le passage d'un degré à l'autre; ici, au milieu d'une partie engouée, quelques noyaux héptisés marquent le passage du premier au second degré; là, se sont des plaques jaunâtres au milieu de l'héptisation, qui annoncent que la suppuration commençait à avoir lieu. Quant à l'étendue que ces divers degrés peuvent avoir, le premier peut occuper les deux poumons, tandis que le second, et surtout le troisième, ne se trouvent que dans une portion ou tout au plus dans un seul de ces viscères.

La pneumonie peut encore se terminer par la mort, et offrir à l'autopsie des caractères différens de ceux que je viens de décrire. La suppuration du poumon, qui, en général, présente la particularité anatomique remarquable d'être disséminée dans le parenchyme pulmonaire, a été vue ramassée en foyers, et formant des collections purulentes. Ces foyers sont souvent tapissés d'une membrane lisse plus ou moins consistante, qui sépare le pus du tissu du poumon, et qui ressemble tellement à celle que l'on rencontre dans les excavations produites par la fonte d'un tubercule, qu'on est encore en doute si ce n'est pas à cette dernière affection que sont dues ces collections purulentes. D'autres fois, ces foyers forment une cavité irrégulière dont les bords sont infiltrés de pus, et qui a paru être due le plus souvent à l'effort et à la pression que les doigts exercent lorsqu'on extrait le poumon de la cavité thorachique; si, en effet, on exerce une pression égale sur une autre partie du tissu pulmonaire, on détermine une collection semblable. D'après ces idées émises par quelques auteurs, la terminaison de la pneumonie par abcès ne serait rien moins que prouvée. Quoi qu'il en soit de leur nature, ces cavités offrent pour caractère, pendant la vie, un râle muqueux très-fort, à grosses bulles; le gargouillement, la pectoriloquie, la toux et la res-

piration cavernueuses , le souffle simple ou voilé , suivant que les parois sont épaisses ou minces.

Une autre terminaison de la maladie est la gangrène. On l'a observée rarement , et seulement dans les pneumonies les plus intenses , chez des sujets épuisés par des chagrins , des privations , ou par l'âge. Tantôt , à son début , il y a une prostration extrême des forces ; les crachats sont sales , et exhalent , avec l'air expiré , une fétidité caractéristique ; tantôt , après une bénignité de quelques jours , ces symptômes apparaissent subitement , et dès-lors la maladie prend une marche tellement rapide qu'elle enlève les malades en peu de jours. L'auscultation , pendant la vie , ne fournit d'autres signes que ceux des abcès du poulmon , et les crachats fétides forment le caractère pathognomonique de l'affection.

Lorsqu'on examine le poulmon d'un individu qui a succombé à une pneumonie gangréneuse , on trouve le plus ordinairement une escharre noirâtre , tantôt ferme , tantôt tombant en déliquium , d'une fétidité extrême ; entourée , du reste , du tissu pulmonaire , qui est sain ou légèrement engoué ; d'autrefois tout l'organe est noir ou verdâtre , ramolli dans toute son étendue , gorgé d'un liquide sanieux et abondant , qui ruisselle des incisions qu'on pratique , et qui , comme dans le premier cas , est doué d'une fétidité qui le caractérise.

Quelle que soit la désorganisation du poulmon que l'on rencontre , la plèvre participe toujours à la désorganisation du viscère. Dans les points où la pneumonie existe , on rencontre des fausses membranes albumineuses , plus ou moins épaisses , et , vers la base de la poitrine , un épanchement peu considérable d'un liquide séreux et un peu louche. La membrane muqueuse des bronches est aussi souvent attaquée que la plèvre ; quelquefois elle est rouge dans une certaine étendue ; d'autres fois elle présente un ramolissement sensible.

La pneumonie présente un grand nombre de variétés , à raison de l'âge de l'individu , du siège qu'elle occupe , des formes sous lesquelles elle peut se présenter , et de ses complications. Celle des vieillards diffère de celle des adultes , par une gravité plus grande , par

l'obscurité des symptômes, et par un état adynamique qui survient souvent dès le début, et peut donner le change sur la nature de la maladie. Cependant l'exploration de la poitrine par la percussion et l'auscultation mettra à l'abri de toute erreur, quoique, à cet âge, il soit commun de rencontrer un râle muqueux très-abondant qui pourrait masquer la crépitation. La pneumonie des vieillards marche le plus souvent avec une rapidité telle, que le frisson qui survient les suit jusqu'à la mort, et ce n'est que chez les plus robustes qu'elle prend la même forme que chez les adultes.

La pneumonie des enfans est remarquable par l'absence des crachats, qu'ils ont l'habitude d'avalier, par l'impossibilité où ils sont d'exprimer ce qu'ils sentent, et par la difficulté où se trouvent les médecins de savoir s'il existe ou non de la douleur dans la poitrine. La toux, la dyspnée, une diminution légère de la sonorité de la poitrine, la crépitation, tels sont les phénomènes qui peuvent faire reconnaître la maladie, et encore arrive-t-il souvent que le thorax reste toujours sonore, et que les cris, le siège profond ou la forme lobulaire de la maladie empêchent d'entendre le râle crépitant. C'en sera donc que par une observation souvent répétée, en choisissant le moment où le jeune malade est plus tranquille, qu'on pourra s'assurer de l'existence de l'inflammation. Lorsque les enfans succombent, il est rare de trouver le deuxième ou troisième degré; le poumon est seulement engoué.

Quant à ses variétés de siège, la pneumonie est dite *double*, *centrale*, *croisée*, *disséminée*. Elle est *double*, quand elle affecte les deux poumons à la fois. Dans ce cas tous les symptômes sont augmentés; la dyspnée est beaucoup plus grande, en raison de l'étendue de l'inflammation, et les traits sont plus altérés que dans la pneumonie simple. On donne le nom de *pneumonie centrale* à celle qui affecte le centre ou la région médiastine du poumon, et ne s'étend pas jusqu'à la face costale du viscère. Il est rare qu'elle prenne cette forme, et, lorsqu'elle la revêt, l'inflammation parvient presque toujours jusqu'à la circonférence; aussi ne la rencontre-t-on que peu souvent à l'ou-

verture des cadavres. Dans cette variété, la crépitation ne s'entend pas toujours, à cause du bruit respiratoire que l'oreille perçoit tout autour du point enflammé. Les crachats sanguinolens sont alors le signe essentiel. On entend par *pneumonie croisée*, celle qui a son siège sur la base d'un poumon, d'un côté, et sur le sommet, de l'autre; et par *disséminée*, l'inflammation pulmonaire qui a son siège dans plusieurs points séparés du poumon. Cette variété, rare chez les adultes et chez les vieillards, est très-commune chez les enfans. Ses phénomènes sont très-obscurs; la douleur de côté manque toujours, et les crachats ressemblent à ceux d'un catharre muqueux. Le son est clair, et il faut répéter souvent l'auscultation pour rencontrer le râle crépitant dans quelques points, autour desquels la respiration est quelquefois puérile.

Relativement aux formes qu'elle peut prendre, la pneumonie peut se présenter, tantôt avec les phénomènes généraux d'une fièvre inflammatoire très-intense, tantôt avec les symptômes d'une fièvre ataxique ou adynamique; d'autres fois elle paraît avec les caractères d'une fièvre bilieuse; la coloration en jaune des crachats, de la langue, de la peau et des matières excrétées, une chaleur âcre, une haleine nauséuse, telles sont les caractères de cette affection. La forme adynamique a lieu principalement chez les vieillards, et entraîne promptement la mort, tandis que l'ataxique est beaucoup moins grave, et cède à des saignées copieuses et répétées. Il est enfin une autre variété de pneumonie qu'on appelle des *agonisans*, et qui survient souvent aux approches de la mort. Elle est rarement reconnue pendant la vie, soit que l'attention ne se porte pas sur ce point, soit qu'on aime mieux laisser mourir en paix, sans faire des recherches toujours fatigantes et inutiles, un malade dont on voit approcher la fin.

La pneumonie n'existe pas toujours seule; on la rencontre quelquefois compliquée de l'inflammation de la membrane séreuse qui revêt les poumons. Dans ce cas, si l'épanchement produit par la pleurésie est peu considérable, on peut entendre l'égophonie et la crépi-

tation , soit dans le même point , soit dans des points différens , selon que les deux phlegmasies sont rapprochées ou éloignées. Si , au contraire , l'épanchement est considérable , le liquide ayant refoulé le poumon vers sa racine , ce n'est qu'en pratiquant l'auscultation vers ce point qu'on peut entendre la crépitation , tandis que le reste de la poitrine présente les signes des épanchemens pleurétiques. Il arrive quelquefois que l'épanchement se produit à mesure que s'opère la résolution de la pneumonie. La disparition du râle crépitant et du bruit respiratoire pourrait faire croire que la pneumonie a passé au second degré , si la respiration trachéale , l'égophonie , et après celle-ci la dilatation du côté affecté , ne venaient mettre à l'abri de toute erreur.

Le catarrhe pulmonaire aigu complique aussi quelquefois la pneumonie , et tantôt c'est par lui que l'affection a débuté , tantôt l'inflammation de la muqueuse bronchique et du viscère se sont développées simultanément ; d'autres fois la pneumonie s'est terminée par le catarrhe. Dans le premier cas , le catarrhe peut être considéré comme le premier degré de la pneumonie ; la crépitation succède au râle muqueux , la dyspnée augmente , les crachats deviennent sanguinolens et visqueux , et le catarrhe a disparu. Si les deux maladies se sont développées en même temps , il faut beaucoup d'attention pour apercevoir , au milieu des crachats muqueux abondans que fournit la bronchite , d'autres crachats d'une teinte jaune , verte ou rouge , dont la viscosité est augmentée ; et il faut répéter l'auscultation dans plusieurs points , pour distinguer le râle crépitant au milieu des bruits divers que l'oreille perçoit. Enfin , si le catarrhe succède à la pneumonie , les phénomènes suivent une marche inverse de celle qu'ils ont suivie dans le premier cas ; le râle muqueux succède à la crépitation , les crachats perdent la teinte rouillée , et tous les symptômes diminuent.

De tout ce qui précède , il résulte que le diagnostic de la pneumonie est assez facile dans un grand nombre de cas ; cependant il est des maladies avec lesquelles on pourrait la confondre , et des circon-

stances où il serait facile de la méconnaître, si on n'y portait une attention soutenue. Le catarrhe aigu fébrile diffère de la pneumonie par un râle muqueux ou sibilant, par la nature des crachats, qui n'ont aucun des caractères que j'ai assignés aux crachats pneumoniques, et par une intensité moindre dans les symptômes. L'œdème du poulmon ne sera pas confondu avec la pneumonie, si l'on considère que le râle qui existe est à bulles plus grosses, plus humides, et qu'il y a absence complète des symptômes généraux qui accompagnent l'inflammation d'un viscère essentiel comme le poulmon. L'égo-phonie dans le début de la maladie, plus tard l'absence de tout bruit respiratoire, et quelquefois la dilatation du côté affecté, distingueront la pleurésie de la pneumonie. Il est plus difficile de reconnaître les pneumonies qui surviennent dans le cours d'autres maladies, comme les fièvres graves, parce que l'attention des médecins est tournée vers un autre objet; aussi serait-il sage et prudent, vu la fréquence de cette maladie, de pratiquer souvent l'auscultation de la poitrine, quoique le malade ne présente aucun symptôme morbide de ce côté. Les pneumonies lobulaires, celles des enfans et des vieillards, sont beaucoup plus difficiles à reconnaître que celles des adultes; et une pneumonie profonde, non accompagnée de crachats pneumoniques, est tout à fait méconnaissable.

Toujours sérieux par la nature et les fonctions du tissu affecté, le pronostic de la pneumonie varie suivant l'étendue et le degré de la maladie, l'âge et la constitution de l'individu, la gravité des symptômes généraux et les complications. L'inflammation des deux poulmons est plus grave que celle d'un seul, et la gravité va en diminuant à proportion que la surface affectée est moins étendue. Il paraît que la phlegmasie du lobe supérieur est plus souvent mortelle que celle du lobe inférieur. Quant aux divers degrés de la maladie, j'ai dit les chances qu'il y avait pour et contre la guérison dans les trois degrés; j'ajouterai seulement que le danger va croissant en raison de la durée plus grande de l'un d'eux. Il résulte, d'observations faites sur un grand nombre de pneumoniques, que le danger est d'autant plus

grand que le malade est plus avancé en âge. Il sera pourtant bon d'observer que les recherches ont eu lieu sur des individus dont le plus jeune avait dix-huit ans, et que les enfans n'y sont point compris. Lorsque la pneumonie prend la forme ataxique, le danger est plus grand que dans la pneumonie ordinaire. Il en est de même quand le malade tombe dans l'adynamie; et la mort est presque inévitable, si la gangrène s'empare du viscère. Une gêne et une fréquence considérable de la respiration, une expectoration difficile ou nulle; des crachats clairs ou brunâtres dès le début, grisâtres et fétides à une époque plus avancée; des sueurs abondantes, un dévoiement considérable, le délire, l'extrême fréquence et l'irrégularité du pouls, sont des circonstances qui doivent faire présumer une mort prochaine. L'état de grossesse et la complication d'une autre affection augmentent beaucoup la gravité du pronostic.

Traitement.

Le traitement de la pneumonie est analogue à celui des autres phlegmasies aiguës. Le repos aussi complet que possible de l'organe malade, des saignées, des boissons mucilagineuses, l'abstinence la plus rigoureuse, l'inspiration d'un air tempéré, une position convenable, tels sont les moyens employés dans la première période de la maladie; des boissons expectorantes, des exutoires, sont mis en usage dans la seconde.

Le poumon étant chargé de redonner au sang l'action vivifiante qu'il a perdue en traversant les autres organes, recevant par conséquent autant de ce fluide que le reste du corps, ce sera, sans contredit, alléger sa fonction que de diminuer la masse sanguine : cette diminution de sang donnera toujours un certain degré de repos relatif à un viscère qui ne peut en avoir d'absolu. Il est impossible de déterminer au juste la quantité de sang que l'on doit tirer; elle varie suivant l'âge, la constitution, la force actuelle du malade et l'intensité de la maladie; on peut dire seulement que la pneumonie est une

des inflammations qui exigent les plus fortes saignées. On saignera donc le malade, dès le début de la maladie, aussi copieusement que son état l'exigera. En général, la première émission sanguine est de douze à seize onces; l'ouverture de la veine sera plutôt large qu'étroite, parce qu'une déplétion rapide agit bien plus efficacement qu'un écoulement difficile. C'est sans doute une des raisons qui font préférer la phlébotomie aux sangsues, qui ne produisent qu'une émission lente. La saignée sera refaite dans douze ou vingt-quatre heures. Si cependant le cas l'exigeait, on pourrait la répéter à des intervalles plus rapprochés, dans six ou huit heures, et même trois fois dans un jour. Peut-être que ces émissions sanguines, faites à des distances peu éloignées, agiraient avec peu d'efficacité qu'un plus grand nombre faites à vingt-quatre heures d'intervalle : s'il en était ainsi, on ménagerait le sang du malade. Les secondes saignées devront être moins copieuses que les premières; huit à dix onces suffiront dans la plupart des cas.

La période moyenne de la vie est l'époque où les saignées peuvent être répétées avec plus de succès; dans l'enfance, il y aurait du danger à saigner trop souvent et trop abondamment : aussi y a-t-il des médecins qui, à cet âge, préfèrent les sangsues appliquées sur la poitrine. Cependant une saignée de deux ou trois onces paraît plus avantageuse : par elle on a l'avantage de diminuer plus subitement l'inflammation du poudmon, et de pouvoir abandonner ensuite aux soins de la nature la résolution de la maladie. L'expérience a prouvé que chez les vieillards la saignée répétée était très-nuisible, et qu'il était peu prudent d'en faire plus d'une.

Il arrive souvent que, dès le début de la maladie, le pouls est petit et concentré, qu'il existe un point de côté très-fort, et que le malade se trouve dans un affaissement considérable : on ne craindra point de le saigner dans cet état, et l'on verra le plus souvent qu'après l'ouverture de la veine le pouls se relève, et que le malade reprend des forces, qu'il n'avait perdues que par l'intensité du mal. Il ne faudrait cependant pas confondre cette prostration passagère des forces avec

une adynamie véritable : autant la méthode antiphlogistique est utile dans le premier cas , autant elle deviendrait nuisible dans le second. On évitera toute erreur en examinant les causes occasionnelles de la maladie , en s'enquérant si le sujet a été soumis à des causes débilitantes avant l'invasion de la pneumonie , si la prostration a précédé l'inflammation pulmonaire , ou si elle lui a succédé ; en comparant l'étendue du mal avec la débilité du malade , et en examinant son âge et sa constitution. Que , si le médecin était en doute sur la véritable nature de l'adynamie , il pourrait faire une très-légère saignée par forme d'essai.

Il n'est guère possible de déterminer au juste l'époque de la maladie où l'on ne doit plus avoir recours aux émissions sanguines ; en général , plus on s'éloigne de l'époque de l'invasion , moins elles ont d'efficacité. Il est pourtant des cas où la persistance ou bien la récrudescence de la maladie obligent d'y avoir recours de nouveau , bien que l'affection date de plus de cinq à six jours , terme auquel certains auteurs prescrivent de s'arrêter.

Il arrive quelquefois qu'on est obligé de faire marcher de concert les saignées générales et les saignées locales ; c'est lorsque quelque hémorrhagie habituelle a été suspendue : alors on applique les sangsues le plus près possible de l'endroit où elle avait lieu. Elles sont aussi nécessaires quand il existe une douleur très-forte dans un des côtés de la poitrine ; souvent alors cette douleur disparaît au moyen de la saignée locale.

En même temps qu'on met en usage les émissions sanguines , il faut tenir le malade à une diète rigoureuse , lui faire boire souvent , mais peu à la fois , des boissons adoucissantes , telles qu'une infusion de violettes , de bouillon-blanc , de fleurs de mauve ; une décoction de racine de guimauve ou de dattes et de jujubes , de l'eau de gomme. On édulcore ces boissons avec du sucre ou un sirop agréable , et on les donne chaudes , afin de ne pas exciter la toux. Il faut placer le malade dans une position demi-assise , pour rendre moins considérable l'afflux de sang vers la poitrine ; lui interdire l'usage de la pa-

role , si ce n'est pour des choses indispensables , et rendre tempéré l'air de la chambre qu'il habite. Toutes les fois que la toux se manifestera , ou bien à des heures déterminées , on lui fera prendre une cuillerée d'un looch gommeux ou huileux.

Lorsque les forces du malade ne permettent plus de recourir aux saignées , que la maladie , malgré le traitement employé , ne s'est point améliorée , ou qu'elle a fait des progrès , il faut employer les exutoires et les expectorans. Les vésicatoires sont ceux que l'on met le plus souvent en usage. On n'est pas d'accord sur le lieu où ils doivent être appliqués. Les uns veulent que ce soit loin du siège du mal ; les autres veulent , au contraire , qu'on les place sur la poitrine elle-même. Cette dernière méthode paraît avoir plus d'avantages , surtout si , au lieu de se servir de petits vésicatoires , on en emploie de cinq à six pouces de diamètre. Ce ne sera que lorsque les fonctions cérébrales seront troublées , et qu'il faudra produire une révulsion , qu'on les mettra sur les membres inférieurs. On donnera en même temps des boissons dites *expectorantes* , telles qu'une infusion de lierre terrestre , d'aunée , de camomille romaine , une décoction de polygala , des potions dans lesquelles on fera entrer une demi-once ou une once d'oxymel scillitique , ou quelques grains de kermès minéral. On continuera ces moyens jusqu'à la résolution de la maladie. Si elle dure long-temps , on peut , lorsque la période inflammatoire est passée , permettre quelques légers bouillons au malade.

Telle est la méthode ordinaire que l'on emploie contre la pneumonie ; elle a été mise en usage , dans tous les temps , avec des succès non équivoques. On a cherché cependant à lui en substituer d'autres : on a donné l'émétique , à dose vomitive , dès le début de la maladie , quoiqu'elle ne fût pas bilieuse. *Mascagni* employait une lessive de cendre de bois ou un demi-gros à un gros de carbonate de potasse dans la journée , et M. le professeur *Fouquier* assure avoir employé ce médicament avec succès dans des pneumonies parvenues au second degré. Dans ces derniers temps , *Laennec* a donné le tartrate de potasse et d'antimoine , à haute dose , dès le commencement même de

la maladie. Voici comment ce médecin célèbre administrait ce médicament : après une saignée un peu copieuse, faite pour diminuer l'orgasme inflammatoire, il faisait prendre au malade un grain de tartre stibié dans deux onces d'une infusion légère de feuilles d'orange, froide et sucrée; il faisait répéter cinq fois la même dose dans la journée de deux en deux heures; après quoi, si les accidens n'étaient pas urgens, on en suspendait l'usage pendant sept à huit heures; mais si la pneumonie était intense ou avancée, on continuait à donner l'émétique sans interruption, jusqu'à ce qu'elle fût terminée. Cette administration du tartre stibié produit, chez quelques malades, des évacuations abondantes par en haut et par en bas, pendant les premières doses seulement; chez d'autres, on n'aperçoit aucun effet sensible. Cette insensibilité de l'estomac à l'action du médicament a été appelée par *Rasori*, l'inventeur de cette méthode, la *tolérance* de cet organe. Si celle-ci ne s'établissait pas bientôt, on ajouterait à chaque potion un à deux gros de sirop diacode. *Laennec* portait la dose du tartre stibié à un grain et demi ou deux grains, suivant l'urgence des cas. Il assure que cette méthode a été couronnée de succès cinquante-cinq fois sur cinquante-sept, et que, parmi ceux qui ont guéri, il en était dont la pneumonie était parvenue au degré d'infiltration purulente. Ces résultats, bien différens de ceux que l'on obtient par la méthode ordinaire, puisque la mortalité dans les hôpitaux est d'un sur quatre ou cinq malades, devrait engager les praticiens à recueillir un nombre assez grand d'observations pour que l'on pût se décider pour l'une ou l'autre de ces deux méthodes. Je consigne ici le résumé d'une observation d'un pneumonique traité par ce moyen, observation qui m'a été communiquée par mon ami, M. *Michel*, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Le nommé *Levron*, carrier, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, fut pris, dans l'après-midi du 22 mai 1828, d'un frisson suivi de chaleur à la suite d'un exercice un peu violent. Le malade était dans une grande agitation; il y avait une céphalalgie extrêmement intense; la figure était

rouge et animée ; les yeux très-injectés ; le pouls plein , dur et fréquent ; il y avait une petite toux avec expectoration de crachats visqueux et verts ; la respiration s'entendait encore assez bien dans toute la poitrine , et l'on n'entendait nulle part le râle crépitant. (Saignée de cinq palettes , bains de pieds , tisane de violette avec sirop de gommé ; diète.)

Le 23 , la céphalalgie est un peu moins intense ; le pouls est dur et plein ; la respiration est plus gênée , et l'on entend , vers la partie postérieure , inférieure et droite de la poitrine , quelques bulles de râle crépitant. (Saignée de $\mathfrak{Z}$ xvj , deux lavemens ; le reste *idem.*)

Le 24 au matin , la céphalalgie est presque nulle ; la dyspnée est la même , et l'on entend également le râle crépitant vers le même point. (Un lavement.) Le soir , le malade ayant mangé une assez grande quantité de sucre candi dans la journée , à l'insçu du médecin , la dyspnée est beaucoup plus vive , l'expectoration est supprimée , le râle crépitant est plus fort , et le pouls est dur et fréquent. (Saignée de $\mathfrak{Z}$ xvj ; un lavement.)

Le 25 , le malade se dit mieux ; mais la toux continue , et les crachats sont visqueux et verts ; le râle crépitant s'entend un peu moins ; la respiration semble pénétrer moins facilement dans la partie inférieure du poumon droit , et le son est moins clair que du côté opposé. M. Michel , voyant que , loin de diminuer , la maladie allait en augmentant , et craignant , s'il répétait la saignée , de trop affaiblir le malade et de rendre plus longue sa convalescence , se décida à employer la méthode Rasorienne. Il ordonna donc , à dix heures du matin : infusion de feuilles d'oranger $\mathfrak{Z}$ ij β , sirop de guimauve $\mathfrak{Z}$ β , tartrate de potasse et d'antimoine gr. j. Le malade prit cette potion , de deux en deux heures , jusqu'à huit heures du soir. Il y eut d'abord quelques nausées , et même quelques selles ; mais le soir la tolérance est parfaitement établie , la respiration est plus libre , les crachats un peu moins verts et moins visqueux , le pouls moins fréquent ; il y a moins de toux ; la respiration s'entend bien , si ce n'est dans un es-

pace assez circonscrit , vers la partie inférieure et droite , où l'on entend un râle plus gros et plus humide que celui qu'on avait observé d'abord ; rien à la tête ni au ventre.

Le 26 , le malade dit qu'il a dormi pendant trois ou quatre heures , ce qu'il n'avait pas fait jusqu'alors ; les crachats sont blancs , légèrement jaunâtres et moins visqueux. Dans la journée , il prend huit grains de tartre stibié de deux en deux heures. Le soir , le malade se trouve beaucoup mieux , il demande à manger ; son pouls est moins fort , moins dur et moins fréquent ; on entend toujours au même endroit le râle crépitant humide ; l'urine est rouge et chargée.

Le 27 , le malade se dit mieux ; son pouls est plus régulier , ses crachats moins visqueux ; le râle est le même. Il est ordonné la potion suivante : Tartre stibié gr. viij , eau aromatisée avec la fleur d'orangé cuillerées xvj , tisane de violette cuill ij , sirop de guimauve cuill. j. Il doit en prendre deux cuillerées de deux en deux heures. Dans le jour , le malade a eu des nausées , des gargouillemens dans le ventre , et quelques selles. Le reste dans le même état.

Le 28 , le malade a dormi. (Même potion.) Dans la journée , râle crépitant et muqueux ; le malade se dit moins bien. En examinant la fiole qui contenait la potion , M. Michel s'aperçoit que le liquide est un peu trouble. On s'était servi d'eau de puits , et il est probable que les sulfates qu'elle contenait avaient décomposé l'émétique. On forma alors la potion à mesure que le malade devait la prendre , et , à dater de ce moment , les accidens se sont dissipés peu à peu. Le 2 juin , le malade était en convalescence.

Le traitement de la pneumonie offre quelques différences selon les formes sous lesquelles on la rencontre. Si l'on aperçoit des symptômes bilieux , et si ces symptômes ont précédé la pneumonie , un vomitif , des boissons acidules ont eu souvent des résultats avantageux , au lieu que les saignées ont été inutiles et quelquefois nuisibles. Si , au contraire , les symptômes bilieux ont apparu consécutivement à la

pneumonie, ils cèdent au traitement ordinaire. Quand on a affaire à une pneumonie véritablement adynamique, les saignées, loin d'être un remède efficace, mettraient en danger les jours du malade. On s'en abstiendra donc rigoureusement, et l'on mettra en usage les toniques à des doses plus ou moins fortes, suivant le degré de faiblesse. Les symptômes ataxiques qui compliquent quelquefois la pneumonie ne demandent d'abord que les moyens ordinaires; si les saignées ne les ont pas détruits, on opérera une révulsion sur les membres inférieurs avec des sinapismes, et l'on pourra donner le musc, que M. *Récamier* regarde comme spécifique dans ce genre d'affection.

On voit des exemples de pneumonies périodiques qui se sont déclarées dans des conditions égales à celles où l'on voit se montrer les fièvres intermittentes, ou qui avaient succédé à celles-ci. Le quinquina ou ses préparations ont été mis en usage avec succès.

Il est enfin des symptômes de la pneumonie qui présentent quelquefois un caractère de gravité plus grand que dans les cas ordinaires; telles sont la toux, la difficulté de l'expectoration, la douleur de côté. Il faut remédier à ces inconvénients, dont le moindre désavantage est de fatiguer beaucoup les malades; et l'on y parvient, pour la toux, au moyen des saignées d'abord, puis par l'association de l'opium aux potions gommeuses ou huilées que le malade prend; pour la difficulté de l'expectoration, par des potions, dites *expectorantes*, avec la scille et le kermès; pour la douleur de côté, par les saignées locales, les cataplasmes émolliens et narcotiques, et par un vésicatoire, si les autres moyens ne produisent aucun effet.

Pneumonie chronique.

Dans son *Traité sur l'auscultation*, *Laennec* commence cet article en mettant en question cette espèce d'affection: on la rencontre, en effet, très-rarement seule. Quelquefois on a vu des poumons dont une partie était devenue grisâtre, dense, plus dure que dans l'hépatisation, ne cédant presque pas à la pression, qui en faisait suinter

un liquide séreux , peu louche et peu abondant : mais cette affection se rencontre bien plus souvent autour des tubercules suppurés ; dans ce cas , l'auteur de l'auscultation la regarde comme le commencement de la dégénérescence tuberculeuse qui , comme d'un centre qui se trouverait dans le tubercule , s'irradierait au loin. M. *Chomel* regarde, au contraire , cette affection comme différente du premier degré de la dégénérescence tuberculeuse ; il fonde son opinion sur ce que cette lésion ne se trouve qu'autour des tubercules ramollis , qu'elle n'existe presque jamais autour des tubercules crus , qu'elle est exactement semblable à celle qui se trouve quelquefois dans les poumons qui ne contiennent pas des tubercules , et qu'elle diffère manifestement des granulations , qui ont une forme et une texture différentes.

Quoi qu'il en soit de ces deux opinions , la pneumonie chronique , ou endurcissement gris , ne peut être guère reconnue du vivant de l'individu , lorsqu'elle existe sans tubercules ; un son obscur ou mat , la dyspnée , la toux , des crachats variables , le dépérissement , sont des symptômes qui lui sont communs avec d'autres maladies , la pleurésie chronique , par exemple. Si l'endurcissement gris a lieu autour des tubercules , le râle crepitant à grosses bulles , des craquemens , l'obscurcissement du son , peuvent faire reconnaître cette double affection.

On sent facilement que la médecine est aussi impuissante contre la pneumonie chronique avec des tubercules qu'elle l'est contre la phthisie ; peut-être que si elle existait seule , des vésicatoires , des sétons , des moxas , des cautères sur la poitrine , un régime doux et un climat tempéré , pourraient triompher d'une maladie jusqu'ici peu connue.

FIN.

APHORISMES D'HIPPOCRATE.

I.

Tant que la maladie est dans toute sa vigueur, elle exige le régime le plus sévère. *Sect. 1, aph. 8*

II.

Les changemens des saisons produisent surtout les maladies, et dans chaque saison les grands changemens du chaud au froid, ou tout autre analogue. *Sect. 3, aph. 1.*

III.

Quant aux constitutions de l'année, les temps secs sont en général plus salubres et moins favorables à la mortalité que les temps pluvieux. *Ibid., aph. 15.*

IV.

La convulsion qui survient à la suite d'une blessure est mortelle. *Sect. 5, aph. 2.*

V.

Les corps froids, la neige, la glace sont ennemis de la poitrine ; ils y provoquent la toux, les hémorrhagies, les fluxions. *Ibid., aph. 24.*